

Fagartikkel

Hva er sykepleie i psykisk helse- og rustjenesten?

Sykepleieutdanningen trenger en spesialisering som er rettet mot rus- og psykiatrifeltet.

Åshild Fause

Førsteamanuensis

Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet

Psykisk helse og rus

Fagkompetanse

Sykepleien 2019 107 (74841) (e-74841)

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.74841

Hovedbudskap

«Hva er egentlig sykepleierens særegne ansvar i psykisk helse- og rusfeltet?» er et ikke uvanlig spørsmål fra sykepleierstudenter og mange sykepleiere i deres første møte med tjenestefeltet. Spørsmålet er ikke av ny dato. Slik var det også da jeg begynte å jobbe på et psykiatrisk sykehus på 1980-tallet. Det er mange grunner til at det er sånn. Her setter jeg søkelyset på betydningen av fagkompetanse og fordypning i sykepleie innen psykisk helse og rus.

Med opprettingen av spesialskolene i Oslo i 1954 var psykiatrisk sykepleie en av de første formaliserte spesialutdanningene i sykepleie i Norge. Utdanningen ga en sykepleiefaglig spesialisering og utdanning til lederskap i psykisk helsevern (1).

Utdanningstiden var på ett år med noen uker med teori og lang praksis ved psykiatriske sykehus. Den la stor vekt på å skape en identitet som psykiatrisk sykepleier. Sykepleiere fra hele landet reiste til Oslo for å ta spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie. I 1960 ble det opprettet spesialscole i Bodø og senere i Tromsø, Bergen og Stavanger.

Mer teori, mindre pleie

Teoriandelen økte utover 1980-tallet idet nye temaer kom til. Psykologien fokuserte på utviklingspsykologi og egofunksjoner, sosiologien på normer, makt, avmakt og tvang, og pedagogikken på læring og veiledning.

Den konkrete og praktisk rettede handlingskunnskapen knyttet til pleie av pasientens plager og problemer fikk etter hvert en underordnet plass, mens interaksjonen mellom sykepleiere og pasienter, som de nå het, fikk større innflytelse og ble mer lagt vekt på (2).

Pleie som begrep og praksis ble gradvis borte. Inger Aanderaa, mangeårige lærer ved videreutdanningen ved Dikemark, hevdet at sykepleierne glemte at pasientene hadde en kropp. I stedet utviklet de en fascinasjon for pasientenes følelser og psykologiske traumer (3).

Å observere bivirkninger av medikamenter, symptomer på somatisk sykdom eller psykisk funksjonshemning kunne lett bli oversett etter hvert som den kroppsnære pleien ble underkommunisert.

Miljøterapi

I samme tidsrom ansatte psykiatriske sykehus personell med ulik helsefaglig, sosialfaglig eller pedagogisk bakgrunn under tittelen «miljøterapeut». Miljøterapi skulle være basisen for virksomheten – også for sykepleiere – noe lærebokforfatter og professor Jan Kåre Hummelvoll understreket (4).

Grunnleggende sykepleie med hovedvekt på betydningen av døgnrytme og søvn, aktivitet og hvile, mat og ernæring, personlig hygiene og stell samt arbeid og samvær med andre fikk gradvis mindre oppmerksomhet til fordel for samfunnsfaglig og pedagogisk kunnskap.

Samtidig hevdet en studie av psykiaritjenesten i noen kommuner at psykiatriske sykepleiere representerte et nødvendig, men ikke lenger tilstrekkelig, faglig perspektiv på feltet (5). Tjenesten måtte også omfatte integrering og normalisering, forebyggende og helsefremmende arbeid og ikke bare dreie seg om å avhjelpe sykdom og plager. Den psykiatriske sykepleierkompetansen skulle ikke lenger være enerådende.

Tverrfaglig utdanning

I 1998 ble videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie lagt ned og erstattet av tverrfaglige videreutdanninger i psykisk helsearbeid med tilbud til vernepleiere, ergoterapeuter, sosionomer og andre. Hensikten var å bygge ned profesjonskonflikter og bedre det tverrfaglige samarbeidet.

Rammeplanen vektla helsefremmende og forebyggende arbeid og tonet ned basiskunnskaper som fysiologi, psykiatri og psykiske sykdommer og behandlingsformer. Utdanningen skulle utvikle studentenes relasjonskompetanse og rette oppmerksomheten mot brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid.

«Kun et fåtall av utdanningene opprettet fordypning i psykiatrisk sykepleie.»

Mestring og samarbeid mellom brukeren og profesjonelle hjelpere ble nå sentrale stikkord (6). Alle studiesteder skulle derimot ha fordypning i tverrfaglig psykososialt arbeid. Kun et fåtall av utdanningene opprettet fordypning i psykiatrisk sykepleie.

Kropp og psyke

At kunnskap om kroppen har vært nedprioritert på feltet ble understreket i førstelektor Rune Karlsens studie av psykiatriske sykepleieres profesjonelle kompetanse (7). Erfarne sykepleiere hevdet at de har særlige forutsetninger for å se sammenhenger mellom kropp og psyke, og at det har vært en vesentlig del av deres kunnskapsgrunnlag.

De oppfattet seg som handlingsorienterte, og deres praktiske tilnærminger til pasienter og brukere i dagliglivet gjorde dem godt rustet til å etablere gode relasjoner med pasientene. Samtidig har spesialsykepleiere over flere år blitt kritisert av andre yrkesgrupper for å være for omsorgsgivende overfor pasienter og brukere.

Sykepleieansvaret

Psykiatrisk behandling har historiske tradisjoner for å være inngripende og er det på mange måter også i dag. Samtidig viser historiske studier at sykepleiere har hatt et særskilt ansvar for å beskytte pasientene mot inngripende og langvarig behandling, og avhjelpe plager (8). Å forebygge komplikasjoner og lindre plager som følge av somatisk risiko ved langvarig og alvorlig psykisk sykdom er derfor et særskilt sykepleieansvar.

Mange pasienter og brukere har utviklet somatisk sykdom etter ruslidelser og langvarig bruk av psykofarmaka. Somatisk sykdom er den absolutt viktigste årsaken til tapte leveår hos personer med alvorlige psykiske lidelser (9).

«Psykisk helsevern er så godt som utelatt i undervisningen og litteraturen.»

Dagens videre- og masterutdanninger i psykisk helse og rus utdanner både for arbeid i psykisk helsevern og kommunalt psykisk helsearbeid. Samtidig har utdanningene mindre oppmerksomhet på psykisk lidelse og sykdom samt psykiske plager. I stedet fokuserer de på relasjonell kompetanse og samhandling, forebygging, helsefremming, nettverksarbeid og recovery-orientering.

Psykisk helsevern, med sine akuttavdelinger og døgnenheter, der tvang, skjerming og medikamentbruk fortsatt har en sentral plass, er så godt som utelatt i undervisningen og litteraturen. Dette står i kontrast til psykisk helsevernloven § 1a, første ledd, som omtaler virksomheten psykisk helsevern som «undersøkelse og behandling og nødvendig omsorg og pleie» (10).

Vi kan derfor spørre oss om masterkandidater har tilstrekkelig kompetanse til å gi kyndig hjelp til mennesker med alvorlige psykiske helseplager og lidelser.

Flerfaglig kunnskapsgrunnlag

Ifølge sykepleier og filosof Ingunn Elstad, er sykepleie å gi kyndig hjelp til å leve så godt som mulig gjennom sykdom og krevende, kritiske faser i livet (11). Yrket stiller mange krav til utøverne om kunnskap og kompetanse, væremåte, omstillingsevne, håndlag og etisk refleksjon.

Sykepleiens kunnskapsgrunnlag er flerfaglig i sin natur idet fagets kunnskapsbasis bygger på human-, natur-, samfunn- og åndsvitenskapene, men faget kan ikke bare utvikles gjennom generelle teorier og begreper, men ta utgangspunkt i praktisk erfaring.

Sykepleiefaget omfatter derfor både praktisk kunnskap, forskning, fagtradisjon og sykepleieteori. For å kunne forebygge og avhjelpe pasientenes mange plager, må sykepleieren forstå pasientens uttrykk i en prosess der mentale, sosiale, kulturelle, åndelige og biologiske faktorer spiller sammen.

Trygge livsprosessene

Grunnlaget for alt liv er det biologer kaller «livsprosesser», som ikke stopper opp før vi dør (11). Dersom vi ikke får puste eller sirkulasjonen stopper opp, eller dersom vi ikke klarer å innta føde, tar livet slutt. Sykepleie er å trygge livsprosessene og legge til rette for at de går sin gang. Prosessene er like viktige på en intensivavdeling som på en akuttpsykiatrisk avdeling (11).

Livsprosesser er ikke ukjente i sykepleielitteraturen. Det er dem Florence Nightingale skriver om når hun hevder at sykepleie er å underbygge eller støtte opp om kroppens egne naturprosesser (12). Slik kan vi si at kunnskap om metabolisme eller stoffskifte danner en biologisk basis i sykepleie.

Det er også det Marie Lysnes er opptatt av når hun skriver at «pasientenes lidelser er dødsens alvorlige for dem selv, for familien og for samfunnet, og de er i aller høyeste grad knyttet til en kropp som gir kontinuerlige signaler på at den lider» (13, s. 6). I utøvelsen av pleien viser sykepleieren om han eller hun har tilstrekkelig kunnskap og erfaring om kroppslige plager ved psykisk lidelse og plager som følge av behandlingen.

Sykepleieren må i tillegg kunne «filosofere over handlingenes utslag, dens positive, eventuelt negative, resultater om fortsettelse av handlingen, eventuelle endringer eller avbrudd av handlingen» (13, s. 6). For Marie Lysnes var sykepleiernes handlingsvalg basert på inngående kunnskaper om «menneskets mentale og fysiske forsvarsverk, samt patologiske utfall» (13, s. 6).

Hun skriver: «Mentalt stress og psykiske lidelser rammer hele kroppen og er udelelig» (13, s. 6). I litteraturen i psykisk helsefag er forståelsen av kropp og biologi som livgivende underkjent og til dels borte. Biologisk kunnskap om kroppen er i mange sammenhenger oppfattet som negativt og ensbetydende med diagnostikk og inngripende behandling.

Lidelse og sykdom

Sykepleiere har lange tradisjoner med å trygge pasienter og brukere, og de erkjenner dermed også lidelse og sykdom i psykisk helse- og rusfeltet.

Psykoselidelser er ikke sosiale konstruksjoner, men påfører ofte plager som oppleves av den enkelte og dem som står vedkommende nær. De menneskene vi møter i institusjoner og kommuner, har mange plager og lidelser; de har ikke bare psykiske helseutfordringer.

«Sykepleieren følger pasienten og brukeren gjennom sykdomsforløpet til dagliglivet er gjenopprettet.»

For å forstå lidelsens karakter er det ikke tilstrekkelig bare å vite hvordan pasienten har det, men også hvordan et psykoseforløp kan arte seg: at det har en begynnelse, en midtdel og en slutt (14). Det krever kunnskap om hvordan sykdom og lidelse oppstår samt hvordan vi kan være i forkant av et sykdomsutbrudd for å forebygge forverring og utvikling av alvorlig sykdom.

Det krever også at vi vet hvordan pasienten erfarer sykdommen. Ikke minst må vi ha kunnskaper om at lidelsen og plagene går over og tar slutt. Det er ikke tilstrekkelig å forebygge og rehabilitere. Sykepleieren følger pasienten og brukeren gjennom sykdomsforløpet til dagliglivet er gjenopprettet.

Må forstå pasienten

Det å være syk og ha plager er ofte ensbetydende med å ha nok med seg selv. Du er sliten, trøtt, plaget, har endret oppfatning av tid, rom og kropp, føler deg liten, er bekymret, kanskje utrygg, sint eller redd. Da er det viktig å bli forstått og ha en opplevelse av å få hjelp. Sykepleieren er der for at pasienten skal slippe å uroe seg og måtte forklare seg, men heller bli forstått (14).

Det krever at sykepleierne ofte må handle uten å spørre pasienten om hva han eller hun vil. Stadige spørsmål oppfattes gjerne som mas. Ifølge Florence Nightingale spør den late sykepleieren, mens den dyktige sykepleieren handler (12).

Her må sykepleieren selvsagt spørre seg om Nightingales oppfatning kolliderer med pasientens rett til medbestemmelse. Er det å handle uten å stille spørsmål det samme som ikke å ta hensyn til pasientens autonomi? Jeg vil hevde at når sykepleieren bruker sine sanser og sitt kliniske blikk, er vedkommende i stand til å følge med på hva pasientens kropp uttrykker og kan dermed avhjelpe mange plager.

God observasjon

Observasjonen er ifølge Florence Nightingale fortløpende og kontinuerlig, og sykepleie har lange tradisjoner for å være en døgkontinuerlig virksomhet (12). Sykepleierens ansvar er å fange opp tegn fra en kropp som gir signaler om at den lider. Det er først når vi prøver å finne ut hva kroppen uttrykker, og så evner å samstemme våre inntrykk med respekt for pasientens rett til medbestemmelse, at vi kan gi kyndig hjelp. Dette er sykepleiens etiske side (11).

«Sykepleierens ansvar er å fange opp tegn fra en kropp som gir signaler om at den lider.»

Sykepleieren må derfor lære seg å iaktta og observere det kroppslige uttrykket som omfatter alt fra kroppsoverflaten, sår, svette, hudfarge, aktivitetsnivå med mer samt endringer i kroppslige bevegelser, ganglag, blikk, lyder og stillinger, som alle kan uttrykke tegn eller symptomer på endring. Det er ikke nok å vite hva vi skal se etter. Vi må også kunne oppfatte og forstå hva vi ser.

Kunnskap om sykdommens karakter og diagnoser kan hjelpe oss til å se når noe er i ferd med å endre seg. Det vi ser, må relateres til erfaring og kunnskap og hjelper oss til å fange opp endringer. Noen ganger kan det være forhold vi kjenner til fra før gjennom kjennskap til pasienten, men det kan også være forhold som kommer overraskende og uventet. Det krever lang trening for å se hva kroppen uttrykker og for å oppfatte hvordan pasienten har det.

Klinisk spesialisering

Mange pasienter og brukere er særlig utsatt for fysiske helseplager og har en langt lavere gjennomsnittlig levealder enn befolkningen generelt. Sykepleiere har et særskilt ansvar overfor denne gruppen. For å forebygge og oppdage symptomer på fysisk sykdom trenger sykepleiere spesialisering i en så kompleks helsetjeneste som psykisk helse og rus.

Dagens videre- og masterutdanninger gir ingen spesialisering i sykepleie. Både fordi pasienter og brukere trenger kyndig hjelp for å gjenvinne krefter og livsmot, må spesialiseringen være klinisk rettet med ansvar for pasienter gjennom forløp i og utenfor institusjonen.

Referanser

1. Lysnes M. Behandlere – voktere? Psykiatrisk sykepleies historie i Norge. Oslo: Universitetsforlaget; 1982.
2. Fagerland T. Parasitt eller selvstendig fag? Tre essay om kunnskap og psykiatrisk sykepleie. (Hovedfagsoppgave.) Bergen: Det medisinske og Det psykologiske fakultet, Senter for etter- og videreutdanning, Universitetet i Bergen; 1997.
3. Vråle GB, Karlsson B, Hummelvoll JK. Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid: selvforståelse, praksis og forskning. Hamar: Høgskolen i Hedmark; 2009. Rapport nr. 14 – 2009.

4. Holte, J, Hummelvoll JK. Den spesialiserte generalisten: Den psykiatriske helsearbeiders kjernekompetanse og faglige selvforståelse innen kommunal pleie- og omsorgstjeneste: Elverum: Høgskolen i Hedmark; 2004. Notat;02/2004.
5. Ramsdal H. Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet – noen organisasjonsteoretiske perspektiver. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2004;1(2): 4-17.
6. Forskrift 1. desember 2005 nr. 1384 til rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1384> (nedlastet 18.12.2018).
7. Karlsen R. Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. Sykepleien Forskning. 2009;4(3):198-204. DOI: [10.4220/sykepleienf.2009.0099](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0099).
8. Fause Å. Samhandling i dagliglivet – et sentralt oppmerksomhet i psykiatrisk sykepleie. I: Fause Å, red. Glimt fra sykepleiefagets historie. Bergen: Fagbokforlaget; 2017. s. 195-239.
9. Thoresen A, Høye A. Psykisk syke underbehandles – Ta dødeligheten på alvor. Psykisk helse 2016; 5. Tilgjengelig fra: <https://www.psykiskhelse.no/bladet/2016/psykisk-syke-underbehandles-ta-overd%C3%B8delighet-p%C3%A5-alvor> (nedlastet 20.12.2018).
10. Lov 1. januar 2002 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (nedlastet 18.12.2018).
11. Elstad I. Sjukepleietenkning. Grunnlagstenking i sjukepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
12. Nightingale F. Notater i sykepleie, Oslo: Universitetsforlaget; 1997.

13. Lysnes M. I ærbødighet. Sykepleie, en åndens, håndens og hjertets gjerning. 1992. Riksarkivet, Pa S – 073, Marie Lysnes (upublisert).

14. Sebergesen K, Nordberg A, Talseth AG.
Comfirming mental health in acute psychiatric wards,
as narrated by persons experiencing psychotic illness:
an interview study. BMC Nursing. 2016;15:3. DOI:
10.1186/s12912-016-0126-x.